



Versicherungsnummer

V410

Fragebogen für Anrechnungszeiten

1 Angaben zur Person	
Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Haben Sie Anrechnungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind? **Beweismittel bitte beifügen**

2 Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom - bis _____

3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Heilbehandlung, Berufsförderung)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom - bis _____ Kostenträger (z. B. BEK Köln, Agentur für Arbeit bzw. Arbeitsamt)

4 Arbeitsunfähigkeit / Leistungen zur Rehabilitation nach dem 31.12.1983, für die Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletzengeld oder Übergangsgeld bezogen wurde
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom - bis _____ von welcher Stelle, ggf. Aktenzeichen

5 Krankheit zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom - bis _____

6 Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom - bis _____

7 Arbeitslosigkeit, die bei einer Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) gemeldet ist (mit oder ohne Leistungsbezug)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom - bis _____
Wurden von der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) Beiträge an eine Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an Sie selbst gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom - bis _____
Waren Sie während einer Arbeitslosigkeit vor dem 01.07.1969 selbständiger Handwerker? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom - bis _____ Handwerkskammer

8 Abgeschlossene nicht versicherungspflichtige oder versicherungsfreie Lehrzeit vor dem 01.03.1957 - im Saarland vor dem 01.09.1957 - nach dem vollendeten 17. Lebensjahr
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom - bis _____

9 Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung nach dem vollendeten 17. Lebensjahr

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis	Ausbildungsart	Abschluss (am, durch)

9.1 Wurden Ausbildungszeiten im Abend- oder Fernstudium absolviert?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis	<input type="checkbox"/> Abendstudium	Betrag der Ausbildungsaufwand mehr als 20 Stunden pro Woche?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
		vom - bis	<input type="checkbox"/> Fernstudium	Betrag der Ausbildungsaufwand mehr als 20 Stunden pro Woche?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
					War das Studium an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
					Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

10 Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis	Kostenträger	Art der Förderungsleistung (z. B. Berufsausbildungsbeihilfe)

11 Schlechtwettergeld bis 31.12.1978

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis
-------------------------------	-----------------------------	-----------

Bezug einer Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersgrenzen, befristete erweiterte Versorgung nach den Regelungen des Beitrittsgebietes (§ 9 AAÜG)

12

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis	Art der Leistung	Versicherungsträger, Aktenzeichen
-------------------------------	-----------------------------	-----------	------------------	-----------------------------------

Bezug einer **Versichertenrente** aus der Rentenversicherung (im Beitrittsgebiet auch Versorgung wegen voller Berufsunfähigkeit oder Teilberufsunfähigkeit und entsprechende Renten aus Sonderversorgungssystemen oder eine berufsbezogene Zuwendung an Ballettmitglieder in staatlichen Einrichtungen, Bezug einer Unfallrente aufgrund eines Körperschadens von 66 2/3 % oder einer Kriegsbeschädigtenrente)

13

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis	Art der Leistung	Versicherungsträger, Aktenzeichen
-------------------------------	-----------------------------	-----------	------------------	-----------------------------------

14 Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes für Zeiten im Ausland ab 01.01.1992

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis	Ort bzw. Gebiet des Gewahrsams
-------------------------------	-----------------------------	-----------	--------------------------------

Waren Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres bei einer deutschen Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) als ausbildungssuchend gemeldet?

15

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis
-------------------------------	-----------------------------	-----------

16 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

17 Anlagen

Sollten Zeugnisse als Beweismittel übersandt werden, können die Noten oder entsprechende Beurteilungen unkenntlich gemacht werden.

Werden keine Originalunterlagen eingesandt, sondern nur Fotokopien oder Abschriften, **muss deren Übereinstimmung mit dem Original bestätigt sein**. Wir bitten Sie, diese Bestätigung (**keine** amtliche Beglaubigung) durch die Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, deren Versichertenberater / -innen bzw. Versichertenälteste sowie durch die anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen), aber auch durch die Versicherungsämter bzw. die Stadt- oder Gemeindeverwaltungen und die deutschen Auslandsvertretungen vornehmen zu lassen; die Bestätigung erfolgt kostenlos. Es reicht **nicht** aus, wenn die Bestätigung der Übereinstimmung der Fotokopie oder Abschrift mit dem Original von Ihnen selbst oder einem Rechtsanwalt, Rechtsbeistand oder Rentenberater vorgenommen wird.

Als Anlage sind beigefügt:
